

کاربرد هیپنوتیزم در درمان اختلالات خوردن

دکتر سیدحمید آتش پور^۱ / دکتر حمیدرضا عریضی^۲

چکیده:

در مقاله حاضر کاربرد هیپنوتیزم^۳ در درمان اختلالات خوردن^۴ مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. مرور پژوهشهای انجام گردیده در اواخر قرن بیستم بیانگر توجه درمانگر به ارزش هیپنوتیزم به عنوان یک درمان مکمل خصوصاً در درمان پراشتهایی^۵ عصبی است. نوشته حاضر بطور عمده بر مطالعات دیلیا یونگ^۶ ۱۹۹۵ استوار است. یونگ در فعالیتهای بالینی خود تنوعی از شیوه‌های هیپنوتیزم را در درمان اختلالات خوردن به کار گرفته و بر اثرات طولانی مدت این روشها صحه گذارده است.

واژه‌های کلید: هیپنوتیزم درمانی، درمان، اختلالات خوردن

با شروع قرن بیستم، روانپزشکی فرانسوی پیرژانه^۷، رویکرد خود را با بیماران مبتلا به اختلالات خوردن، تصویف کرد. روش وی برای درمان بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی^۸ عبارت بود از هیپنوتیزم درمانی که تحولی نوین در درمان بیماریهای روانی بود. هر چند آغاز مسئله، موفقیت‌آمیز بود اما کارهای ژانه و توجه به کاربرد هیپنوتیزم در درمان اختلالات خوردن، تا دهه ۱۹۷۰ مسکوت ماند. در ۱۹۷۵، کراسیل نک و هال^۹، نتایج خود را در مورد تاثیر تلقین مستقیم برای افزایش غذای ۷۰ بیمار دچار بی‌اشتهایی، منتشر نمودند. نتایج آنها

^۱ عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد خوراسگان
^۲ عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد واحد خوراسگان

^۳ Hypnosis

^۴ Eating disorders

^۵ Bulimia

^۶ Delia young

^۷ Pierre Janet

^۸ Anorexis

^۹ Crasilneck & Hall

حاکمی از این بود که در بیش از نیمی از بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی، تکنیکهای تحلیل هیپنوتیزی^۱ موثر است.

در مطالعات دیگر (کروگر^۲ ۱۹۷۷) برنامه‌ای شامل اصلاح رفتار و استفاده از هیپنوتیزم را برای درمان بی‌اشتهایی روانی تدوین و اجرا نمود از هیپنوتیزم برای جذب غذا و خوردن تا رسیدن به سطح تعیین شده استفاده می‌شد. علاوه بر این از تصاویری استفاده می‌شد که احساس گرسنگی بیماران و خالی بودن معده آنها را تحریک می‌کرد.

اریکسون و رزی^۳ ۱۹۷۹ نیز در مورد کاربرد هیپنوتیزم در درمان بی‌اشتهایی، دختر ۱۴ ساله‌ای را مثال می‌زنند که با ترکیب راهبردهای مستقیم و متناقض^۴، بهبودی یافت.

با چنین مطالعاتی از سال ۱۹۸۰ توجه روزافزونی به هیپنوتیزم درمانی پراشتهایی روانی نیز پدیدار گردید (نگاه کنید به کانن^۵ ۱۹۸۱، لیکتن^۶ ۱۹۸۲)، هر کدام از محققین و پژوهشگرانی که در این حیطه به فعالیت مشغول هستند سبک خاصی را برای رفع پراشتهایی پیشنهاد می‌کنند. بطور مثال هال و مک‌گیل^۷ ۱۹۸۶ با تلقین مستقیم و تقویت تصورات اقدام به درمان کرده‌اند و در حالی که کالوف^۸ ۱۹۸۶ نفوذ به ناخودآگاه از طریق ایجاد گسستگی در تداعی‌ها توسط هیپنوتیزم را پیشنهاد می‌کند.

یکی از مکانیزمهای با اهمیت در رفتارهای غیرطبیعی مربوط به خوردن اینکه نوعی گسستگی در الگو یا خودگسستگی^۹ دیده می‌شود. این نوع بیماران اظهار می‌دارند که در موقع غذا خوردن و استفراغ کردن به شخصیت متفاوتی تبدیل می‌شوند. حتی در بعضی مواقع آنچه در طول چنین فرآیندی رخ داده است را فراموش می‌کنند.

در چنین وضعیتی استفاده از هیپنوتیزم و تکنیکهای تحلیلی هیپنوتیزی یا روان‌تحلیلی هیپنوتیزی می‌تواند به بیماران کمک نماید که موقعیت "خودگسستگی" را تشخیص داده و میان بخشهای مختلف "خود" یک انضمام بهتر و موثرتر را در کل شخصیت اعمال نمایند.

^۱ Hypnoanalytic

^۲ Kroger

^۳ Erickson & Rossi

^۴ Paradoxical

^۵ Channon

^۶ Lnakton

^۷ Hall & McGill

^۸ Calof

^۹ Ego - Dissociation

به نظر می‌رسد که در مقایسه با بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی روانی، بیماران پراشتها، بهتر به روان‌تحلیلی هیپنوتیزمی پاسخ می‌دهند.

تلقینات مستقیمی که در طی جلسات درمانی به بیماران داده می‌شود می‌تواند موجب التیام بیماران و تقویت آنها برای پی‌گیری دستورات و فرامین هیپنوتیزمی شود. در طی جلسات درمان اعتماد به نفس و خودکفایی بیماران افزایش می‌یابد. توصیه بارابز^۱ ۱۹۹۰ و بارنت^۲ ۱۹۸۱ اینکه از هر دو شیوه تلقینات مستقیم و غیرمستقیم برای ارائه الگوهای مربوط به خوردن سالم و بسط و توسعه تصویر ذهنی^۳ بدن متعادل استفاده گردد. هر چند شیوه‌های مذکور، اثرات بارزی بر بهبود شرایط بیمار دارند اما باید با احتیاط بکار برده شوند. زیرا ممکن است با مقاومت بیماران مواجه شوند. هر قدر بیمار مقاومتر باشد باید از تلقین مستقیم کمتری کمک گرفت. این امر بویژه در مورد بیماران بی‌اشتها و نوجوانان بیش از بقیه صدق می‌کند. بسیاری از نوجوانان از اختلالات خوردن بعنوان یک ضربه و هدف استفاده می‌کنند. در واقع آنها نارضایتی خود را بدین طریق نشان می‌دهند. وضع ظاهری آنها نوعی گسستگی و اعتراض نسبت به تعاملات والد/فرزندی است. در عین حال به عقیده یونگ ۱۹۹۵ آن را می‌توان نشانه‌ای از رد سیستمهای ارزشی والدین و جستجوی هویتی تازه دانست. تلقینات غیرمستقیم مقاومت کمتری را برانگیخته و به منظور التیام دادن و رام کردن حس طردشدگی نوجوانان بکار برده می‌شود. در این شرایط بیمار در یک دوراهی مربوط به گزینش "بی‌اشتهایی" یا "پراشتهایی" و یا روشهای خلایق و جدیدتری برای برخورد با حالات خود، قرار داده می‌شود.

یونگ تصریح می‌کند که تلقین غیرمستقیم با چهار عاملی که با بی‌اشتهایی روانی مرتبط می‌باشند، به چالش پرداخته و می‌تواند به کنترل بیشتری در بیماران منجر شود. این چهار عامل عبارتند از:

- گرفتاریهای خانوادگی^۴

- تاخیر در رشد و رسش^۵

^۱Barabasz

^۲Baranett

^۳Body image

^۴Family Enmeshment

^۵Delay of Maturity

- ضعف در عزت نفس

- اختلال در تصویر بدنی

طرح درمانی وی عبارت از بکارگیری تلقینات هیپنوتیزمی غیرمستقیم (مجازها و استعاره‌ها)، توصیه‌ها و رهنمودهای رفتاری^۱ (که عمدتاً بصورت پارادوکس یا متناقض توصیه می‌شود) و سازمان‌دهی مجدد شناختی است.

پیشرفت‌ها و بازگشتهای سنی، در طی درمان تخفیف یافته و تخلیه میگردد. با تخلیه هیجانی، تروما یا ضربه‌های گذشته بازسازی می‌گردد. بران و فروم^۲ ۱۹۸۶ و بارنت^۳ ۱۹۸۱ در موقعیت درمانی می‌آموزد که در مواجهه با برانگیختگی‌های آنی برای بروز استفراغ از سیگنالها و پیامدهای فکری - حرکتی^۴ (به منظور جلوگیری از آنها) استفاده نماید. در عین حال بیمار یاد می‌گیرد که احساسات خود را در خصوص ضربه روحی یا ترومای گذشته تخلیه کرده و هیجانهای تخلیه شده در روند تلقین‌پذیری را توسط بازسازی آنها اصلاح نماید.

تکنیک دیگر در مواجهه با ضربه‌های مربوط به گذشته، حساس‌زدایی یسا حساسیت‌زدایی^۵ تجسمی و تغییر عقیده با تلقین آرام است. حساسیت‌زدایی تجسمی یک شیوه مترقی و ملایم است که بیمار با وقفه‌های زمانی و تجسم موقعیتهای گذشته، احساسات خود را در مورد ضربه‌ها به صورت ملایمی تجربه می‌کند. این کار تا هنگامی که احساسات به اندازه کافی تخفیف نیافته‌اند ادامه می‌یابد. مواجهه با ضربه آنقدر ادامه می‌یابد تا یادآوری آن به راحتی صورت گیرد. مولفین نیز با توجه به توصیه‌های یونگ، از شیوه خیرگی یا خیره شدن به یک نقطه یا کانون خاص در دو بیمار (۲۰ و ۲۳ ساله مونث) برای تمرکز استفاده کرده و همزمان نیز با تلقینهای آرام از مواجهه تصویری یا تجسمی برای یادآوری خاطرات و ضربه‌های ناخوشایند دوران دبستان آنها استفاده کردند. در طی جلسات بعدی بیماری می‌آموزد که خود را در محیطی آرام و ایمن تصور می‌نموده و همزمان خاطرات خود را مرور نماید. مرور خاطرات همراه تلقینات غیرمستقیم می‌تواند به موقعیت فعلی کشانده شده و حالات روانی قبلی از خوردن را نیز در بر بگیرد.

^۱ Behavior Prescriptions

^۲ Brown & Fromm

^۳ Barnett

^۴ Ideo - Motor

^۵ Implosive Desensitization

تلقینهای غیرمستقیم در اغلب موارد به صورت بیان سرگذشتی استعاره‌ای و یا یک داستان، تظاهر می‌یابند. بطور مثال داستان درختی تهی که درون آن صندلی قرار دارد و صندلی نماد جایگاهی است که بیمار در آن جای می‌گیرد. در تکنیکهای دیگر بیمار تشویق می‌گردد تا اتاق خود را تغییر دکوراسیون داده و مجدداً تزیین نماید. این وضعیت نشان دهنده بدن بیمار می‌باشد. در وهله اول بیمار زندگی را در یک اتاق قدیمی تصور می‌کند که برایش رضایت‌آمیز نیست. سپس تصور تغییر و بازسازی مجدد آن احتیاج به مواجهه اصولی با بیماری را نمایان می‌سازد. رنگ اتاق، وسایل، انواع اسباب و اثاثیه، پرده‌ها، قابها و دکوراسیون تماماً بازسازی می‌گردد. تجسم و تصور موثر دیگر اینکه بیمار مجسم کند که حیوانی مریض را به منزل آورده و متعهد شده است که آن را تیمار کند. حیوان مریض استعاره و تشبیهی است از بدن ناخوش خود بیمار که متعهد گردیده است آن را بهبود بخشد. در حین تجسم منظره فوق، تلقین به نفس (یا خودهیپنوتیزمی) هم در حال انجام شدن است. حتی می‌توان نواری از تلقین به نفس تهیه کرد و هر روز قبل و بعد از غذا شنید توجه به این نکته درمانی حائز اهمیت است که در تلقین به بیماران دچار اختلالات خوردن، عبارت "سنگیتر و سنگیتر شدن" را بکار نبرید زیرا در اکثر موارد باعث بروز واکنشهای ناراحت کننده‌ای در بیماران می‌شود. در مورد بیماران بی‌اشتها به جای کلمه "وزن" و تمرکز بر خوردن کلمه "تقویت و نیرو گرفتن" پاسخ بهتری را برمی‌انگیزد. در تمرینهای تصویری (تجسمی) و تلقین‌ها، به بیمار القا باید کرد که در حال غذا خوردن است برای اینکه تقویت گردیده و نیرومندتر شود.

جلسات درمان: در اکثر موارد، استفاده از هیپنوتیزم در درمان اختلالات خوردن، معالجه دو یا سه ماهه بوده و به صورت هفته‌ای یکبار و احياناً دوبار و بمدت یک ساعت انجام می‌گیرد. پس از سه ماه درمان منظم، وقفه‌های درمانی بیشتر شده و بین ۱۴ تا ۲۰ روز یکبار تغییر می‌یابد. بیماران دچار اختلالات خوردن محتاج محیطی امن و قابل اعتماد و عاری از تذکر و سرزنش می‌باشند. در جلسات اولیه درمان مصاحبه می‌تواند جو قابل قبولی را برای القا هیپنوتیزمی فراهم نماید. آموزشهای مربوط به هیپنوتیزم درمانی می‌تواند در برگیرنده سبکهای متفاوتی باشند. سبکهای معرفی شده در کتب روانشناسی و روانپزشکی بهترین مرجع استفاده از القاهای هیپنوتیزمی هستند.

کلام آخر

اگر چه آگاهی سوال از ارزش هیپنوتیزم در درمان بیماریهای روانی بوجود آمده است اما این روش را می‌بایست بعنوان بخشی از برنامه درمانی وسیعتر در نظر گرفت. پژوهشهای صورت گرفته در این حیطه دارای نواقص و کمبودهای چشمگیری هستند. یک کمبود و نقص اساسی مربوط به شرایط دموگرافیکی^۱ (جمعیت شناختی) بیماران از قبیل، سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت اقتصادی - اجتماعی، مدت اجتماعی، آسیب‌های روانی، زمینه خانوادگی و درمانهای انجام گرفته قبلی، است. بسیاری از پژوهشها در زمینه نوع القاهای هیپنوتیزمی، تکنیکهای آن و اینکه در چه مرحله‌ای آغاز و خاتمه یافته‌اند، اطلاعات اندکی را در اختیار درمانگرا قرار میدهند.

البته در پژوهشهای نوین بخشی هم وجود دارند که توسط یونگ ۱۹۹۵، باربز ۱۹۹۰ گزارش شده‌اند. به نظر می‌رسد می‌توان اطمینان بیشتری داشت که قابلیت کاربرد هیپنوتیزم در خصوص پراشتهایی روانی بیشتر از کم اشتهایی روانی باشد. دلیل این امر شاید مربوط باشد به مکانیزم "گستگی" در پراشتهایی روانی، در هر حال روندهای درمانی در آینده می‌تواند شواهد مقتضی را برای اظهار نظری "قاطعانه" فراهم نمایند.

توضیح: اسامی پژوهشهایی که در بالای آنها علامت ستاره آورده شده همگی از مقاله یونگ (۱۹۹۵) اقتباس و نقل گردیده‌اند.

منابع:

- 1- Barabasz, M. 1990. Treatment of bulimia with hypnosis involving awareness and control in clients with high dissociative capacity. *International journal of psychosomatics*. 37
- 2- Barnett, E. 1990. *Analytical hypnotherapy: principles and practice*. Kingston, Ontario: Junica.
- 3- Brown, D. P & Fromm, E. 1986. *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, New Jersey.
- 3- Young, D. 1995. The use of hypnotherapy in the treatment of eating disorders. *Contemporary hypnosis*. Vol 12, no.2